

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1906

**THÈSE**

N°

---

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

*Présentée et soutenue le Jeudi 1<sup>er</sup> Février 1906, à 1 heure*

**Par A. TASSIN**

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Leugny (Yonne)

---

DES

**LÉSIONS INFECTIEUSES du REIN**

(D'ordre chirurgical)

**DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

---

*Président* : M. GUYON, Professeur.

*Juges* : { M. BERGER, Professeur.  
M. BUDIN, Professeur.  
M. DEMELIN, Agrégé.

---

**DIJON**

**TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE SIRODOT-CARRÉ**

40, rue Amiral-Roussin, 40

—  
1906



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A M. LE PROFESSEUR GUYON

*Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.*

---

A LA MÉMOIRE DE

M. LE DOCTEUR ALBERT GOMBAULT

*A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX*

---

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BLUM

M. LE DOCTEUR BAZY

M. LE PROFESSEUR BERGER

M. LE DOCTEUR JOSIAS, Membre de l'Académie de Médecine

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS QUENU  
SEBILLEAU, MARFAN, DEMELIN, BRINDEAU  
THIERRY

MM. LES DOCTEURS TAPRET, GUINARD  
MORAX, LOMBARD, POTHERAT, HERBET  
RENÉ MARIE

---

## AVANT-PROPOS

Pendant notre année d'internat dans le service de M. le Dr Bazy, nous avons eu l'esprit attiré par l'observation d'une malade qui vint subir une nephrectomie pour pyélo-néphrite suppurée. Cette maladie, à cause de troubles douloureux spéciaux, avait été l'objet d'une erreur de diagnostic qui avait conduit à lui enlever un ovaire kystique et l'appendice sain.

Nous avons pu nous rendre compte de la variété des formes cliniques que présentent les lésions infectieuses du rein d'ordre chirurgical. Nous avons vu que leurs symptômes, parfois trompeurs souvent fugaces, peuvent induire le clinicien en erreur ; dans plusieurs cas même, comme dans celui auquel nous faisons allusion plus haut, l'erreur fut cause d'interventions intempestives.

Nous espérons montrer que dans la plupart des cas de semblables erreurs peuvent être évitées. Actuellement il est possible par des moyens purement cliniques à la portée de tout praticien de savoir si oui ou non un rein est atteint d'une infection chirurgicale.

Notre maître, M. le Dr Bazy, dit souvent que, puisqu'il est possible de se rendre compte d'une façon exacte des lésions d'un poumon, de même, par des

symptômes parfois indirects, on doit acquérir de même la notion de l'état d'un rein.

Il est de fait que dans nombre de cas, en pratiquant l'examen suivant les méthodes qu'il a mises en lumière, des lésions insoupçonnées jusque-là sont apparues clairement.

C'est ce qui nous permettra de justifier l'assertion que nous énoncions tout à l'heure : les erreurs de diagnostic au sujet de ces lésions rénales doivent être évitées en quelque sens qu'elles se produisent. Car si nous apportons des observations où une lésion rénale fut méconnue, nous en présentons plusieurs où furent diagnostiquées des lésions rénales inexistantes.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous voulons prévenir un reproche : cette thèse, dira-t-on, repose sur un amas d'erreurs de diagnostic et une erreur peut difficilement passer pour un fait scientifique.

Nous voulons justement démontrer que ces erreurs sont possibles et faciles ; aussi est-ce une besogne utile que d'indiquer les moyens de les éviter.

Un vieux clinicien disait du reste avec raison : « Ce ne sont pas les beaux diagnostics qu'il faudrait publier, mais les erreurs ; l'enseignement en serait plus profitable ».

## FORMES CLINIQUES

---

Nous englobons dans le même groupe tout un ensemble de lésions dans lesquelles le rein est infecté et suppure. Les pyelonephrites et la tuberculose rénale, les pyonephroses et même les hydropyonephroses. Ces affections forment un tout au point de vue clinique et thérapeutique ; beaucoup des symptômes sont communs et, en tout cas, au point de vue opératoire, elles exigent toutes l'abord du rein par voie lombaire.

Les différentes formes cliniques observées sont dues à la prédominance d'un ou plusieurs symptômes.

Aussi, considérerons-nous, au point de vue qui nous intéresse, les formes douloureuses, les formes à tumeur et les formes caractérisées par la prédominance des phénomènes généraux.

Les formes douloureuses se présentent sous trois types :

1° Le type colique néphrétique ;

2° Le type cystalgique ;

3° Le type à douleur abdominale haute ou basse.

Il y a peu de temps encore, on n'attribuait une origine rénale qu'aux formes reproduisant le premier de ces syndrômes. Nous ne voulons pas insister, ce point est suffisamment éclairci (Israël, Tuffier).

Le type cystalgique est analysé par Albarran dans son article du Traité de chirurgie. Il est par conséquent classique. Cependant, il est fréquent dans les services spéciaux de voir arriver des malades dont la vessie est complètement indemne et qui sont depuis des semaines soumis sans succès aux lavages, instillations, etc.

Qu'il nous suffise ici encore d'avoir signalé le fait.

Les douleurs abdominales qui sont l'objet de la troisième forme peuvent varier d'intensité ou de localisation suivant le siège de la lésion.

Elles peuvent être d'origine directe, c'est-à-dire en rapport avec une lésion située au niveau même où ces douleurs sont ressenties.

Elles peuvent également être des douleurs réflexes, douleurs à distances (Guyon, leçons cliniques).

L'organe douloureux ou cause des douleurs est d'abord et naturellement le rein ; mais, sauf dans les cas d'hydronephroses infectées, l'uretère est ordinairement atteint dans sa hauteur entière (Tuffier) : d'où la présence de points douloureux d'origine directe situés à distance du rein.

Les douleurs peuvent être spontanées ou provoquées. A l'état normal, elles sont rarement spontanées ; il faut, pour qu'elles prennent naissance, une crise aiguë provoquée par la rétention dans le bassin d'une quantité de pus même minime.

Dans ce cas, la douleur est constante, très vive, parfois nettement localisée par le malade lui-même ; elle peut rester très limitée ou encore irradier la plupart du temps en arrière dans les lombes ou en bas :

vers la cuisse, dans l'aîne, parfois vers l'anús ou encore vers la vessie.

Aux cas extrêmes, l'abdomen peut être tendu et les muscles contracturés, le moindre mouvement exaspérant la douleur.

Si l'on ajoute que les vomissements surviennent facilement et que la constipation peut s'installer, voilà certes plus qu'il n'en faut pour faire songer au diagnostic de péritonite, surtout si l'on considère que pendant ces périodes la température s'élève, que l'examen de l'urine peut être trompeur ; le pus étant retenu dans le bassin, l'urine peut être parfaitement claire.

Cette douleur n'a pas son siège placé au hasard. Elle naît en des points correspondant environ aux deux extrémités de l'uretère et au bassin.

C'est ce qui nous explique facilement qu'à droite les douleurs supérieures fassent songer à une affection de la vésicule biliaire ; les douleurs à localisation moyenne simulent celle de l'appendicite.

Lorsque la douleur siège à gauche, plusieurs *observations* nous le montrent, on peut songer à une péritonite localisée.

Si, chez une femme, au contraire, les douleurs sont localisées au petit bassin, on est d'autant plus tenté de croire à une salpingite (qu'elle soit haute ou basse, peu importe) que très souvent la crise a pu débuter, ou subir une exacerbation violente au moment de l'apparition des règles (Mann).

Dans certains cas signalés par Reynols, cette douleur est ressentie au niveau du rectum et accompa-

gnée de ballonnement du ventre ; elle a pu donner le change pour une occlusion d'origine rectale.

Tous les cas que nous venons de signaler se rapportent à des crises aiguës.

Mais si, alors, le diagnostic est difficile, il est encore bien plus délicat lorsque l'accalmie étant survenue, il ne se présente plus que de vagues douleurs, tantôt spontanées et tantôt latentes. Elles sont sourdes, peu précises, finissent par constituer un état de malaise général. C'est elles qui peuvent reproduire le syndrome décrit par Guinard (Soc. chirurgie 1904), sous le nom d'appendicalgie.

Très souvent, ces douleurs, lorsqu'elles siègent à l'extrémité inférieure de l'uretère, donnent l'impression de douleurs salpingiennes ou ovariennes et deux de nos observations ont certainement rapport à des malades qui ont ressenti des symptômes de ce genre (Obs. I et II).

On croit voir ces malades qui semblent de véritables déséquilibrées sans pouvoir nettement localiser leur souffrance, présenter des troubles nerveux, un mauvais état général, des troubles digestifs, presque en entier le syndrome utérin de Pozzi et cependant leurs annexes sont saines.

La constatation des douleurs réflexes est un fait d'une grosse importance ; elle constitue un des meilleurs symptômes des lésions rénales ; mais elle peut être une cause d'erreur s'il est impossible de trouver le point de départ de ce réflexe.

Nous ne pouvons faire mieux que de nous reporter aux travaux de Guyon et d'indiquer les réflexes réno-

rénal, réno-vésical et réno-urétéral, auquel Bazy ajoute les réflexes pyélo-vésical, urétéro-vésical et urétéro-rénal ou réflexe ascendant.

Jusqu'ici, nous n'avons parlé que des douleurs réelles objectives, mais souvent nous avons vu des malades qui souffraient de douleurs rénales, qui localisaient même ces douleurs au niveau du trajet de l'uretère, qui, parfois, avaient des crises aiguës puis de longues périodes où la douleur se calmait. Cependant ces malades n'avaient aucune lésion du rein. Nous verrons tout à l'heure le moyen de dépister ces faux urinaires, comme les nomme M. Bazy.

C'est ce qui nous prouve combien le symptôme douleur doit être analysé avec soin, car il semble bien que l'on puisse dire avec raison que c'est de tous le plus trompeur.

L'hypermégalie rénale est un signe commun à toutes les infections du rein, par conséquent à celles qui nous occupent.

Aussi faut-il une prédominance très nette de ce symptôme pour autoriser la constitution d'une forme spéciale.

Nous ne voulons pas refaire ici le diagnostic des tumeurs du rein; nous nous contenterons d'insister sur les points spéciaux qui ont trait aux difficultés du diagnostic.

Le symptôme tumeur doit être entendu dans son sens clinique le plus large et comprenant aussi bien l'hypermégalie rénale que les collections dues à la rétention de pus dans le bassinet et même l'augmentation de volume de l'uretère, fréquente dans beau-

coup de cas qui nous occupent et dont nous verrons tout à l'heure l'intérêt.

Chacun connaît les procédés mis en œuvre pour explorer directement le rein. Palper de Trousseau, ballottement de Guyon, procédé d'Israël, palper nephroleptique de Glenard, etc. C'est un des signes les plus anciennement cherchés dans les lésions infectieuses du rein et son importance est capitale. Aussi voyons-nous Routier dans son observation publiée à la Société de chirurgie (11 mars 1896), rejeter l'hypothèse d'une affection rénale parce que « l'examen des reins pratiqué avec soin resta négatif, on ne pouvait les sentir ni à droite ni à gauche ». Et cependant la laparotomie lui montra l'existence d'une pyonéphrose gauche. C'est donc le cas de répéter ici que la valeur diagnostique de l'absence d'un signe est toute relative.

En effet, un rein, même augmenté de volume, peut échapper à celui qui l'explore s'il n'est pas douloureux par lui-même, si la paroi est épaisse, si le malade contracte ses muscles abdominaux ou si (comme Bazy en cite un cas dans la discussion de l'observation de Routier) la tumeur, quoique volumineuse, est entièrement cachée sous le rebord des fausses côtes. D'autre fois, la consistance de la tumeur peut ne pas différer de celle des organes voisins dans le cas de poches peu tendues par exemple.

La tumeur étant apparente, sa localisation anormale peut aussi lui faire attribuer une origine inexacte.

D'habitude une tumeur d'origine rénale proémine dans la fosse lombaire ou tout au moins donne-t-elle

la sensation du contact lombaire. Nous voyons que Bazy rapporte toujours dans la même discussion l'observation qui suit : « Une jeune femme de 25 ans créole s'est présentée comme atteinte d'une tumeur très douloureuse de la rate. Cette tumeur avait, au dire du médecin, une origine paludéenne confirmée par l'apparition d'accès de fièvre, fréquents encore. La malade avait eu dans son enfance et à deux reprises des hématuries dites des pays chauds, preuve d'une infection intense.

Les caractères des hématuries, accompagnées de douleurs néphrétiques, la forme de la tumeur, l'existence passagère mais nette de troubles urinaires, firent, quoique la tumeur proéminât dans le flanc plutôt que dans la fosse lombaire, porter le diagnostic de pyonéphrose.

Notons en passant qu'à ce moment M. Bazy n'avait pas encore décrit ses « nouveaux sujets de pyélite et de pyélo-néphrite. »

Deux autres observations nous montrent des cas où la tumeur se mit à évoluer dans une région moins élevée. La première, publiée par le Dr Mauny, de Saintes, au X<sup>e</sup> congrès de chirurgie (1896), dans laquelle une pyonéphrose gauche présentait tellement l'allure d'une péritonite enkystée qu'elle fut abordée à travers le péritoine.

La seconde est de Mignon (Société de chirurgie 1904).

Une pyonéphrose droite siégeant bas dans le flanc fut prise pour une collection appendiculaire et abordée également par laparatomie.

Ces exemples montrent d'une manière frappante combien les tumeurs d'origine rénale peuvent se présenter sous des aspects multiples.

Nous avons signalé comme autre forme de tumeur l'augmentation de volume de l'urètre, soit par urétérite soit par péri-urétérite. Ce canal est difficilement explorable dans la plus grande partie de son trajet ; il le devient très facilement au contraire au moment où il quitte la paroi pelvienne pour venir aborder le bas-fonds vésical. Chez la femme en particulier, par le toucher vaginal, on peut sentir facilement ce cordon, s'il est augmenté de volume. Rien d'étonnant donc à ce que dans certains cas où la douleur, siégeant dans la région pelvienne, la présence de ce cordon bosselé dans le cul-de-sac latéral paraisse confirmer la présence d'une salpingite.

L'étude des phénomènes généraux nous fait également assister à un certain nombre de surprises. La plupart du temps ils sont de peu d'importance, tout au plus signale-t-on un certain degré de fièvre avec oscillation variable, des troubles digestifs banaux et de l'amaigrissement, signes communs à toute suppuration prolongée.

Il nous suffira de signaler plusieurs observations pour bien montrer toutes les variétés qu'ils peuvent nous fournir.

Tout d'abord ils peuvent donner l'aspect d'une grande pyrexie ; dans le cas qu'ont publié Appert et Millon (Société anatomique, mai 1899), une pyélonéphrite fut prise pendant un certain temps pour fièvre

typhoïde grave dont presque tous les symptômes étaient existants.

Les mêmes symptômes se retrouvent dans une des nombreuses observations que rapporte Pousson dans son étude sur la tuberculose rénale (Société de chirurgie, 4 avril 1900).

Plusieurs fois nous avons pu voir une allure fébrile à grandes oscillations presque analogue aux manifestations paludéennes, témoin l'observation de Bazy que nous avons citée plus haut.

Au moment même où nous recherchions ces observations, arriva à l'hôpital Beaujon une malade qui fut examinée avec grand soin par nos collègues Claret et Pillet et chez laquelle le diagnostic de péritonite localisée fut porté. La malade mourut peu de temps après son entrée dans la salle et l'on put constater une pyélonéphrite double.

Une observation d'Estrabaut (Société anatomique, août 1899), nous fait assister à une crise simulant d'une façon parfaite une obstruction intestinale datant de trois jours. La lésion causée était une pyonéphrose droite.

Si nous voulons des exemples de formes dans lesquels l'allure chronique et la cachexie prédominent, reportons-nous à l'observation de Routier dont nous faisons mention il y a quelques instants. Le malade en question avait été considéré comme atteint de tuberculose pulmonaire et admis comme tel dans un service de médecine.

Tous ces exemples nous montrent mieux que ne pourrait le faire aucune description que les lésions

infectieuses du rein peuvent revêtir des aspects bien inattendus ; qu'il faut toujours être prévenu de la possibilité de leur existence pour toujours nous tenir en garde et pour pouvoir en discuter le diagnostic.

Tels sont les différents points sur lesquels nous avons cru devoir attirer l'attention ; ce sont tous ces symptômes, généralement peu étudiés, qui très facilement guident sur une fausse voie lorsque les gros signes classiques sont en défaut : soit qu'ils se trouvent masqués, soit que la lésion, étant trop jeune encore, ils ne se soient pas déjà manifestés.

## ÉTUDE DES SYMPTÔMES CLASSIQUES

---

En présence d'un aussi grand nombre de faits capables d'induire en erreur, nous devons nous demander quels sont les moyens de diagnostic qui nous permettront d'arriver à l'appréciation exacte des lésions.

Nous allons d'abord examiner les symptômes classiques des affections suppurées du rein, pyélo-néphritis, tuberculose rénale en particulier.

Loin de nous l'idée de critiquer la valeur de ces symptômes car leur mise en lumière fit faire un énorme pas à la connaissance des affections rénales. Ces signes, lorsqu'ils existent, permettent d'affirmer une lésion. Seulement, tout le monde reconnaît qu'ils n'existent pas toujours et laisseraient échapper, par exemple, les lésions peu étendues.

Voici en résumé les symptômes signalés par Albaran dans l'article pyélo-néphrites du traité de chirurgie (Le Dentu et Delbet) :

Polyurie trouble, albuminurie, diminution de la quantité d'urée. Augmentation de volume du rein. L'auteur ajoute en plus que l'uretère peut être gros et douloureux mais que son exploration est souvent négative, et il termine en signalant comme phénomènes généraux la température et l'état de la langue.

La polyurie trouble est un symptôme excellent mais qui peut ne pas exister ou passer facilement inaperçu au début des infections rénales ; qui, de plus, peut exister dans les cas d'abondantes suppurations vésicales. Nous verrons aussi, en étudiant les fausses pyélites, que dans maintes circonstances un trouble de l'urine, en tout semblable au trouble dû à une sup-puration rénale, est indépendant de toute infection. Un peu d'acide nitrique fait redevenir l'urine claire et même fait disparaître les filaments glaireux qui nagent dans le liquide.

La composition chimique de l'urine a une grosse importance, mais à la période terminale, au moment où les deux reins sont malades et presque détruits ; elle ne peut donc nous servir comme moyen de diagnostic dans tous les cas. L'albuminurie est un signe de presque toute affection rénale, aussi n'est-ce qu'un symptôme accessoire de pyélo-néphrite.

Les signes tirés de l'examen du rein, c'est-à-dire l'augmentation de volume ou le changement de forme, ne sont pas constants d'une part, et d'autre part ne sont pas toujours appréciables.

Nous avons étudié plus haut toutes les causes d'erreur qui peuvent être dues à eux.

C'est à peine si l'examen de l'uretère est conseillé, on dit que cette exploration est souvent négative. Il est du reste conseillé de le chercher à son entrée dans le bassin, et, en effet, bien rarement nous avons pu constater, d'une façon nette et précise, de point douloureux à cet endroit.

Il ne reste plus ensuite que les symptômes géné-

raux, mais le même reproche est encore de mise ici ; lorsque les symptômes généraux sont appréciables, la plupart du temps la marche de l'affection est déjà bien avancée.

En résumé, tous ces éléments permettent de diagnostiquer avec assez d'approximation une lésion avancée de l'appareil rénal.

Tout ceci nous montre clairement la nécessité de compléter le diagnostic par des explorations beaucoup plus précises ; nous voulons parler de la cystoscopie, de la division endovésicale et du catéthérisme des uretères. Il est incontestable que grâce à ces procédés le diagnostic peut être facilité. Mais ils ne mettent pas à l'abri de l'erreur : on a signalé des cas où les renseignements recueillis avaient été trompeurs. Quelle méthode et quel procédé d'examen peuvent donner la certitude absolue ?

Ce que nous leur reprocherons ici avec notre maître Bazy, c'est que :

1° *Ces moyens ne sont pas à la portée de tous les praticiens ;* pour les employer, il faut avoir une assez grande habitude que seuls les spécialistes peuvent acquérir. Ajoutons aussi ce fait qu'ils nécessitent une instrumentation compliquée, onéreuse.

2° *Ils ne sont pas applicables à tous les cas ;* l'indocilité des enfants, l'intolérance vésicale parfois absolue de certains malades nécessitent l'anesthésie pour la moindre exploration vésicale. La séparation et le catéthérisme sont impossibles dans ce cas. Parfois aussi l'uretère peut être caché derrière un repli de la muqueuse, d'où impossibilité du catéthérisme.

4° *On a signalé des accidents* dûs à ce dernier mode d'exploration en particulier.

Aussi lorsque nous tomberons en présence de cas semblables à ceux que nous allons maintenant analyser, nous préférons suivre la méthode recommandée par M. Bazy.

## ANALYSE DES OBSERVATIONS

---

Nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations où des erreurs de diagnostic furent commises au sujet d'une affection rénale.

Le nombre n'en est pas considérable, car elles ne sont publiées la plupart du temps que lorsqu'une autre particularité méritait d'être mise en lumière.

Dans un premier groupe nous faisons rentrer celles qui ont rapport aux faux urinaires. Elles se ressemblent toutes : on est en présence de malades naturellement névropathes qui se plaignent d'avoir des urines troubles et de ressentir des douleurs plus ou moins violentes dans le rein ou le long de l'uretère.

Dans trois des cas même, une tumeur venait compléter le tableau ; c'était trois fois la rate augmentée de volume et développée d'une façon anormale. Dans l'observation de Laubry, l'examen du sang fit faire le diagnostic de leucémie myélogène et M. Bazy pense rétrospectivement que la première de ses malades (observation III), était atteinte de la même affection. Tous ces malades étaient atteints de ce qu'on peut appeler des fausses pyélites comparables aux fausses uréthrites et aux fausses cystites dont Estrabaut fait minutieusement l'histoire dans sa thèse.

Le groupe des autres observations comprend toutes

celles où une lésion rénale fut méconnue. Dans quelques-unes (observation I, observation II), une intervention fut pratiquée sans que la lésion cause des symptômes fût découverte.

Dans les observations VI, VII, VIII, IX, des collections rénales infectées furent abordées à la suite de laparotomie exploratrice, par conséquent par la voie transpéritonéale ce qui mettait les malades dans de très mauvaises conditions.

Toutes ces observations sont assez explicites pour que dans la plupart il soit facile de constater que le malade a été examiné d'une façon complète et suffisante. Nous ne voudrions pas retenir, par exemple, des faits comme celui que rapporte Nicolich (de Trieste) (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1905), où successivement furent faits les diagnostics suivants :

Tuméfaction du foie, abcès du rein, lithiasé biliaire, lithiasé rénale, cystite, et enfin pyélo-néphrite calculeuse prouvée par l'opération.

Mais avant d'étudier nos observations, il est intéressant de signaler plusieurs faits qui, du reste, font époque dans l'histoire de la chirurgie rénale :

Les premières nephrectomies ont été tentées par la voie transpéritonéale à la suite d'erreurs de diagnostic qui avaient conduit à la laparotomie. Ce sont Walcott (1861), Spiegelberg (1867) et Peaslee (1872), qui nous le rapportent.

Que trouvons-nous dans le premier groupe d'observations ? des malades dont les troubles urinaires proprement dits étaient peu apparents ou passagers.

Dans notre observation I, la malade malgré des poussées de rétention, ne présentait pas toujours d'une façon constante de crises douloureuses concomitantes. A son arrivée à l'hôpital, il était très facile de sentir un rein très augmenté de volume et douloureux, mais quelques jours après, le matin même de l'opération, tout était disparu, et il fallait être bien convaincu de son existence pour trouver encore l'hyperméylie renale. Il faut admettre que la malade a été vue pendant une période analogue à celle qui commençait alors et dans ce cas tout paraissait concorder : le début par une fausse couche avec rétention placentaire assez longue, ayant nécessité un curetage ; l'apparition d'un abcès qui semblait avoir une origine génitale ; et enfin les troubles douloureux qui persistaient qui avaient pour siège la partie inférieure de l'uretère. Il y avait la douleur à la pression à travers la paroi abdominale, la douleur au toucher vaginal dans le cul de sac latéral et l'uretère qui était gros se trouvait donner la sensation d'un petit cordon bosselé qui pouvait très bien en imposer pour une trompe prolabée.

Nous avons eu la chance, il est vrai, de voir la malade en présence de son médecin traitant et dans un moment où le diagnostic était facilité par la présence d'une grosse rétention. Nous pouvons cependant affirmer que le diagnostic eût été porté quand même grâce à la présence des signes sur lesquels M. Bazy insiste avec raison. Le diagnostic fut du reste confirmé doublement : l'examen du rein après l'opération nous fit voir une pyelonephrite suppurée avec des-

truction de presque toute la substance pyramidale ; de plus, les douleurs disparurent et avant même que la malade eût quitté l'hôpital, elle avait déjà repris un certain degré d'embonpoint.

Notre observation II est due à M. Bazy, elle a été publiée à la société de chirurgie, le 25 novembre 1904, comme type de la méthode d'examen qu'il nous enseigne. Au point de vue qui nous intéresse, cette malade a subi une ablation d'annexes comme la malade précédente, à cause de troubles douloureux qui naturellement ne furent aucunement soulagés. Un interrogatoire très serré permet d'abord de repousser l'idée que la malade aurait pu être infectée par un catéthérisme au moment de l'opération et ensuite de remarquer que les phénomènes douloureux dont elle souffrait remontaient bien antérieurement à l'opération et qu'ils n'avaient du reste pas changé de caractère à la suite. Dans ce cas, le résultat fut moins heureux que dans le premier, car au moment de l'examen, l'épreuve du bleu de méthylène (qui toujours sert à fixer les indications opératoires), montra que les deux reins devaient être pris ; aussi rien ne put-il être tenté.

Le second groupe d'observations comprend d'abord une observation de Routier éminemment intéressante au point de vue qui nous occupe. En effet, un malade présentant l'aspect d'un tuberculeux pulmonaire avancé, avec une volumineuse tuméfaction dans la région de l'hypochondre gauche, était en réalité atteint d'une pyonéphrose gauche ouverte. Ce malade fut examiné avec un soin particulier, l'observation montre que l'examen du rein et de l'appareil urinaire fut

pratiqué même minutieusement, on aboutit cependant à une erreur de diagnostic qui conduisit à la laparotomie. Seul, un signe fut négligé : la présence de pus dans l'urine, aucun autre symptôme ne permettant de penser à une affection renale. Cette observation date de 1896, par conséquent elle nous laisse entrevoir que dans des cas semblables, la recherche des symptômes classiques peut laisser passer des erreurs ; il nous est permis de penser (par comparaison) que si chez ce malade on eût pu pratiquer l'examen tel que nous le pratiquons actuellement sur les indications de Bazy, l'erreur eût pu être évitée. Et au point de vue pratique, il importe pour le résultat opératoire que l'ouverture d'une poche suppurée du rein soit faite par la voie postérieure.

Si dans les cas analogues à ce dernier, l'erreur eût pu être évitée facilement comme nous le pensons, il n'en est pas de même dans les trois observations qui suivent : VI, VII, VIII.

Il s'agit dans ces trois cas d'uropyonephroses qui ont été prises deux fois pour des appendicites (obs. Thèse de Gosset) (et obs. Mignon soc. chirurgie 1904) et une fois pour une péritonite localisée. Ici, en effet, nous sommes en présence de pyonephroses fermées et les symptômes auxquels nous faisons allusion plus haut n'existent pas. (Th. Deschamps et Bazy, *journ. des praticiens* 1905-38). Comme d'autre part ces grosses collections liquides simulent les collections péritonéales, à tel point que le diagnostic en paraît évident, il importe d'être averti et alors de rechercher avec soin les plus petits symptômes uri-

naires. Lorsque l'esprit peut être quelque peu fixé sur ce point, c'est alors que l'exploration instrumentale, division intra vésicale ou catéthérisme, peuvent nous donner toute la mesure de leur valeur au point de vue du diagnostic.

Il est bien certain, par exemple, que dans une autre observation : celle de Dartigues (*Presse médicale*, 29 juin 1893), il n'existait guère d'autre moyen d'éviter l'erreur. Cette observation très complète et très détaillée nous montre jusqu'où peuvent aller les difficultés.

Il nous reste maintenant plusieurs cas dans lesquels les phénomènes généraux étaient mis en avant et avaient permis le diagnostic d'appendicite (obs 11) de fièvre typhoïde (obs 12 et 13), de paludisme (obs 13) et d'obstruction intestinale (obs 14).

A part la première, toutes ces observations sont plutôt des raretés pathologiques et ne tirent leur importance à notre point de vue que de ce fait qu'elles doivent nous faire constater une fois de plus le polymorphisme clinique des lésions rénales.

Quant à la première obs. de Roland, elle est un véritable type, et assez fréquemment il arrive que des malades se présentent dans des conditions semblables. Un examen superficiel ou même une impression font penser à une appendicite ou à une salpingite.

Nous assistons complètement ici à la marche de l'examen qui conduit à affirmer le diagnostic de pyelo nephrite.

En résumé, toutes ces observations contribuent à illustrer les idées que nous avons émises au début de

ce travail. La diversité des formes cliniques des lésions infectieuses du rein, peut être la cause de fréquentes erreurs plus ou moins préjudiciables aux malades. Nous espérons indiquer maintenant que l'on peut espérer limiter le nombre de ces erreurs.

Les procédés cliniques d'examen du rein (et de l'urètre qui presque toujours est malade avec lui) ont été perfectionnés : nous devons en particulier à M. Bazy l'étude d'un certain nombre de symptômes dont il a démontré la valeur dans un grand nombre d'observations publiées à la société de chirurgie.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici les idées de notre maître en calquant pour ainsi dire la méthode d'examen que nous avons vue mettre en pratique chaque jour. Chemin faisant nous discuterons chaque symptôme en montrant comment il doit être interprété et comment les écueils signalés doivent être évités.

## EXAMEN CLINIQUE

---

### (1) Erreur par excès. — Fausses pyélites

---

Tout d'abord, nous supposons deux cas. Dans le premier, le malade vient pour une affection rénale ; dans le second, pour une affection étrangère à l'appareil urinaire.

Dans le premier cas, la question préliminaire est celle-ci : le malade est-il réellement atteint d'une lésion rénale. L'erreur est facile car les gros symptômes d'affections renales se présentent : urines troubles, polyurie, douleur et parfois, même, tumeur et plus encore : des antécédents qui sont capables d'influencer un esprit non prévenu. Nous citons un cas de traumatisme du rein suivi d'hématurie dans lequel le malade se croyait atteint de pyélite suivant un diagnostic antérieur. L'examen démontra l'absence de toute lésion.

Ici, l'interrogatoire doit déjà nous apporter des doutes qui deviendront certitude plus tard.

Les douleurs sont vagues, mal localisées, parfois intermittentes, mais le gros fait est que les douleurs existent en même temps que le trouble de l'urine. De même, des urines claires apparaissent sans que la douleur augmente, ou tout au moins il n'existe aucune corrélation précise entre l'existence ou l'ap-

parition de ces symptômes, urine trouble et douleur.

On constatera ensuite que les douleurs ne sont pas ou peu augmentées par la pression, mais surtout qu'on n'arrive pas à préciser exactement le point douloureux. Le rein n'est pas augmenté de volume. Si, par hasard, une tumeur voisine prenait le caractère d'une tumeur rénale, l'interrogatoire du malade, nous mettrait en garde contre l'erreur possible : la fixité du volume de cette tumeur; même en présence des variations du trouble urinaire, le manque de concordance entre son mode d'apparition et les troubles fonctionnels.

Hartmann recommande pour l'examen des tumeurs de l'abdomen de mettre les malades en position de Trendelenbourg, puis en position genu-pectorale. Dans le premier cas, les tumeurs hépatiques ou spléniques disparaissent ou remontent sous les côtes. Dans le second, l'intestin se place nettement au devant des masses d'origine renale.

Il n'en faut pas plus pour être poussé à rechercher et à analyser les caractères physiques de la tumeur. Signes négatifs du côté du rein, signes positifs au contraire indiquant rate, foie, etc.

Il ne nous reste plus alors que la polyurie trouble ou le simple trouble urinaire : ce symptôme aussi disparaît, car, pour affirmer la présence du pus dans l'urine il faut pratiquer les épreuves classiques. Quelques gouttes d'ammoniaque coagulent le pus et le ramassent en filaments blanchâtres et en grumeaux et comme contre-épreuve quelques gouttes

d'acide nitrique font disparaître le trouble, le dépôt et les filaments glaireux qui sont dus simplement à la présence de phosphates.

Ajoutons que le diagnostic de fausse pyélite doit être complet, c'est-à-dire que nous devons chercher la genèse de tous les symptômes que nous avons observés. Pour cela, après avoir constaté que le malade que nous examinons est un névropathe, c'est vers son entourage qu'il faut diriger ses recherches : Un parent, un ami fut atteint d'une affection rénale, notre sujet eut l'attention attirée par ce fait. il en parla, y réfléchit; que par hasard il remarque chez lui un symptôme quelconque pouvant être rapporté au rein, tous les autres suivent, et l'affection installée. M. Bazy rapporte l'histoire d'un malade chez qui le fait provocateur avait été l'émission d'urines troubles dues à un traitement alcalin; la suppression de l'eau de Vichy guérit du reste le malade.

Telle est l'histoire des fausses pyélites, il est très utile de la rapprocher des faits que nous voulons signaler, car dans une de nos observations, la malade qui en est l'objet venait à Paris pour subir la néphrectomie. Ce qui, d'abord, prouve combien ces affections peuvent être douloureuses et pénibles et ensuite montre le grand intérêt qu'il y a à les dépister.

---

### (B) Erreur par défaut

La plupart du temps, c'est à l'occasion de l'examen de malades atteints d'une affection abdominale que nous devons chercher si le rein ne doit pas être examiné. Nous pensons avoir montré par des observations combien le domaine symptomatologique des lésions infectieuses du rein peut être étendu. Aussi ne doit-on pas hésiter à pratiquer l'examen méthodique de l'appareil rénal dans la plupart des cas de douleurs, de tumeurs abdominales quelles qu'elles soient et, naturellement, surtout toutes les fois qu'une lésion rénale sera possible. Par exemple, M. Bazy va même plus loin ; il explore fréquemment ainsi de simples blennorrhagiques. Quelle n'est pas la surprise de voir se révéler nettement une pyélite insoupçonnable qui, quelquefois, n'avait eu d'autre manifestation qu'une légère et passagère élévation de température.

Dans l'examen que nous allons tenter d'esquisser nous suivrons surtout l'article de M. Bazy, sur le diagnostic des lésions chirurgicales des reins (Journal des praticiens, 23 septembre 1905), et la thèse de son élève Loumaigne.

Il est inutile d'insister sur l'interrogatoire qui commence tout examen ; cependant, il est quelques points qu'il est bon de rappeler. Très souvent, un bon nombre de symptômes de lésion rénale sont passés sans attirer beaucoup l'attention : une légère hématurie,

une pyurie passagère, une cystite peu intense. L'observation II nous montre un cas où il fallut presser la malade de questions pour arriver jusqu'aux premiers symptômes de son affection. Ceux-ci avaient tellement peu frappé que le souvenir en était presque effacé. Toujours aussi nous devrons demander si des interventions ont été pratiquées sur la vessie ou l'urètre : un simple catéthérisme évacuateur est un fait dont l'importance peut être grande.

Ensuite, en faisant l'analyse des troubles douloureux, nous chercherons si quelques-uns d'entre eux ne se rapprochent point de ceux que nous avons signalés plus haut.

Nous en arrivons enfin à la recherche des symptômes fonctionnels. Le principal est la pollakiurie nocturne. Que doit-on entendre par là ? Ce signe a besoin d'être commenté ; pour qu'il ait toute sa valeur il faut considérer non pas le nombre des mictions nocturnes en lui-même, mais le rapport de ce nombre à celui des mictions diurnes. Il faut que le malade urine relativement plus souvent la nuit que le jour. Trois mictions nocturnes constituent de la pollakiurie chez un sujet qui urine le même nombre de fois dans la journée ; tandis que nous n'aurons plus à retenir le fait de 20 mictions nocturnes, si pendant la journée il s'en produit 50.

A côté de la pollakiurie nocturne, se trouvent deux symptômes : la douleur terminale à la miction et l'hématurie terminale. Ceci, du reste, nous ramène à la forme cystalgique dont nous avons parlé et qui est bien connue actuellement.

Immédiatement il faut passer à l'examen de l'urine. Chacun connaît l'étude de Guyon sur la polyurie trouble dans ses leçons cliniques.

Lorsqu'elle existe, c'est un signe d'une valeur indiscutable, mais elle a des degrés qu'il est bon de connaître puisque ce sont les cas difficiles auxquels seuls nous nous attachons.

L'urine, dans certains cas, peut être à peine troublée ; nous avons pu nous rendre compte que parfois, au premier abord, nous ne trouvions rien d'anormal, et cependant par comparaison, M. Bazy nous faisait voir qu'elle avait perdu son brillant. Il faut pour cela bien examiner au jour et considérer non seulement la transparence mais encore les reflets. Citons ici les paroles même de Bazy. pour bien faire comprendre la signification de ce signe : « Je me permets souvent de diagnostiquer l'urétéríte et par conséquent l'urétéro-pyéélite dans les cas où l'urine est à peine trouble et où elle a simplement perdu son brillant, mais où j'observe la pollakiurie nocturne et où je trouve un urètre rubané peu perceptible.

« Je me permets ce diagnostic parce que je compare ces cas qui se présentent à moi pour la première fois, avec d'autres que j'ai vus dès leur apparition offrant des urines très troubles, des urétères très gros et douloureux, en un mot, un ensemble tel qu'il était impossible de méconnaître l'urétéro-pyéélite dont j'ai pu suivre l'évolution régressive jusqu'à cette forme atténuée sous laquelle se présentent à moi certaines urétéro-pyéélites légères d'emblée ou améliorées. »

Par ces quelques renseignements recueillis au

cours de l'examen nous sommes arrivés à penser à la possibilité d'une affection rénale. Il faut maintenant étudier les signes qui seront fournis par l'examen direct des différents étages de l'appareil urinaire. Ces signes sont de deux ordres : réno-pyéliques ou supérieurs, inférieurs ou urétéro-vésicaux.

Dans les premiers nous trouvons la douleur locale et hypermégalie rénale, nous avons vu que très souvent ces deux signes pouvaient être cause d'erreurs, c'est donc surtout par d'autres moins trompeurs que nous compléterons l'examen.

Ceux-ci consistent surtout en la présence de points douloureux en certains endroits de l'uretère et en la production de douleurs réflexes à distance ou d'envie d'uriner au moment où l'on recherche la douleur.

Dans les lésions infectieuses du rein, l'uretère est, en effet, presque toujours malade. Il faut excepter, cependant, les cas où l'infection se développe dans un rein déjà fermé.

Il faut explorer les deux points suivants ; le point para-ombilical ou point urétéral supérieur et le point sous-costal. Ces deux points sont en général assez distants.

Le point para-ombilical est situé à l'intersection d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et d'une verticale s'élevant du point de Mac-Burney. Il se trouve par conséquent à trois travers de doigt environ de l'ombilic et à peu près à égale une distance au-dessus du point appendiculaire. Il correspond anatomiquement à un point de l'uretère situé à 35 ou 40 cm.

de son union avec le bassin pour le côté gauche, à 10 ou 20 millimètres pour le côté droit.

La pression en ce point très limité détermine une douleur souvent très vive que parfois l'examen révèle au malade lui-même. Il peut arriver que ce point seul soit extrêmement douloureux tandis que le rein lui-même est complètement indolent.

Ce point est, nous le voyons, facile à confondre avec le point de Mac Burney (Reynolds, du reste, avait signalé un point douloureux à égale distance entre l'épine iliaque et l'ombilic) mais la localisation dans les deux cas est tellement nette qu'elle seule peut suffire à les distinguer. De plus, lorsque le point de Mac Burney se déplace, la plupart du temps, il descend, tandis que le point para-ombilical remonte de préférence.

On comprend cependant que facilement les deux affections soient confondues. Du reste, anatomiquement, des rapports assez étroits existent entre les deux organes. Tuffier dit (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1899) que des épreuves radiographiques montrent nettement qu'une petite distance existe entre les deux organes à l'état normal.

Mais, que l'appendice contracte des adhérences avec la séreuse pariétale profonde, en dedans du cœcum, selon l'habitude, les rapports anatomiques deviennent intimes. C'est ce qui explique, ajoute-t-il, la difficulté du diagnostic des lésions urétérales par calcul avec l'appendicite. Il donne plusieurs observations qui en font foi.

Le point para-ombilical est presque constant dans les

pyélo-néphrites. Même en cas d'hypermégalie rénale, il existe. M. Bazy a pu montrer que plusieurs fois le rein, empiétant sur lui, la pression dénotait toujours un maximum de douleur à cet endroit.

La douleur à la pression au point para-ombilical peut encore se compléter : d'une part, mais rarement cette pression détermine une douleur au niveau du rein ; d'autre part, elle produit une irradiation du côté de la vessie et peut donner l'envie d'uriner (Réflexe pyélo-vésical). Ce signe alors devient pathognomonique. Il faut du reste rapprocher ce signe du réflexe réno-vésical de M. Guyon.

Le point sous-costal est moins fréquent ou peut déterminer une certaine douleur en pressant immédiatement au-dessous du 10<sup>e</sup> cartilage costal.

Le point lombaire a été bien fixé par Guyon. On éveille une douleur en enfonçant les doigts dans l'angle costo-musculaire.

Il faut ensuite passer à l'examen de l'extrémité inférieure de l'uretère. On peut y procéder de deux façons au travers de la paroi abdominale ou par le toucher vaginal chez la femme, par le toucher rectal chez l'homme.

Nous passerons rapidement sur cette première exploration. La pression au niveau des parties latérales de la vessie, en dehors de l'insertion des grands droits (point sus-pubien), réveille une douleur qu'il est facile de distinguer des douleurs cystiques. Son maximum est, comme nous venons de le dire, dans la région latérale, tandis que dans la cystite le maximum se trouve au sommet de la vessie. Parfois la

pression provoque l'envie d'uriner et, alors, le signe au complet prend une grande valeur.

Mais ce sera surtout à l'extrémité même de l'uretère que nous trouverons, la plupart du temps, de quoi parfaire le diagnostic.

On sait (Pawlick) que l'exploration de l'uretère est possible par l'intermédiaire du vagin, de même, dans Quénu et Hartmann (Chirurgie du Rectum, I), on voit que l'uretère sain ne peut être senti par le rectum, mais que lorsque ce canal est enflammé et douloureux, le doigt peut très bien constater sa situation.

Ainsi donc le toucher vaginal nous montrera l'augmentation de volume de l'uretère. C'est une sensation souvent délicate à percevoir que celle de ce petit cordon qui traverse obliquement le cul de sac latéral. Il faut, pour avoir la sensation nette, déplacer légèrement du bout du doigt la muqueuse sur les plans sous-jacents. Pendant ce mouvement de va-et-vient, le doigt passe plusieurs fois au-dessus du conduit enflammé et subit une sorte de ressaut, et une certaine douleur, peu vive en réalité, est éveillée au même moment.

Tel est le cas le plus fréquent, mais bien souvent aussi l'uretère peut être plus facile à percevoir, entre autres dans une observation de la thèse de Juy ; le toucher faisait sentir, à l'union du cul-de-sac latéral et du cul-de-sac postérieur gauche, une masse du volume d'une noix où venait se perdre un cordon assez régulier. C'était l'uretère qui diminuait en même temps que la lésion rénale par un traitement purement médical. Ce sont ces formes d'uretère qui peuvent laisser supposer l'existence de salpingites ; mais il suffit, pour

que l'erreur soit impossible, de continuer l'exploration comme il suit. Une fois que le doigt perçoit nettement l'uretère, il peut le suivre jusqu'au cul-de-sac antérieur, puis, brusquement, le cordon disparaît. A ce moment précis, la malade accuse une très vive douleur, souvent elle ressent une violente envie d'uriner, certaines malades même urinent à ce moment quelques gouttes. Tels sont le point douloureux urétéral inférieur, le réflexe urétéro-vésical, auquel il faut joindre le réflexe ascendant urétéro-rénal, mais qui est beaucoup plus rare.

Chez l'homme, le toucher rectal peut, comme nous l'avons dit, permettre dans certains cas d'arriver sur l'uretère et d'y provoquer une certaine douleur, mais ce qu'il est toujours possible de faire, c'est d'examiner le bas-fonds vésical au niveau des orifices urétraux.

La prostate est facilement délimitée ; de chaque côté des cornes prostatiques et légèrement au-dessus la pression pourra déterminer la même douleur vive que nous avons trouvée chez la femme au moment où disparaît l'uretère. Douleur vive avec envie d'uriner qui ne se confondra pas avec une douleur cystique, celle-ci étant réveillée par la pression au niveau du col vésical, c'est-à-dire juste au milieu de la base de la prostate.

L'ensemble de ces signes permet d'affirmer nettement la présence d'une lésion rénale : pyélo-néphrite ou tuberculose rénale. De nombreux exemples en ont été publiés.

Malheureusement, un certain nombre de lésions

infectieuses du rein peuvent ainsi nous échapper, ce sont les cas où l'infection se développe dans une hydronephrose fermée. Ici, la tumeur est le symptôme prédominant.

Il est bien rare qu'aucun des signes que nous avons signalés existe ici. Aussi dans l'examen d'une tumeur abdominale mal caractérisée, avant d'éliminer l'hypothèse d'une origine rénale, devons-nous employer les méthodes d'exploration instrumentale, séparation endo-vésicale et catéthérisme de l'uretère. Seules, celles-ci pourront, nous montrant qu'un seul rein fonctionne, nous permettre de reconnaître la nature de l'affection.

En dehors de ces cas et grâce aux signes qu'a indiqués M. Bazy, il doit être possible de poser un diagnostic exact et complet sans avoir besoin d'autres moyens que les moyens cliniques.

Quant aux méthodes instrumentales, selon le mot de M. Guyon : si l'on doit savoir s'en servir, il faut pouvoir s'en passer. Aussi est-ce seulement lorsque notre diagnostic est établi, que la confirmation est cherchée la plupart du temps par la cystoscopie et la séparation.

De même, l'examen microscopique des sédiments urinaires, les examens bactériologiques et les inoculations viendront toujours compléter nos examens.

Enfin il ne reste plus, avant de discuter un traitement, qu'à chercher la valeur fonctionnelle du rein supposé sain. C'est l'épreuve de l'élimination du bleu qui nous fournit les éléments d'appréciation suffisants.

Telle est la marche générale des examens que nous voyons pratiquer chaque jour. Nous pensons que grâce à cette méthode il doit être facile d'éviter les erreurs que nous signalons. Il suffira pour cela qu'un signe, si léger soit-il, puisse attirer l'attention sur le rein pour qu'une lésion de cet organe ne puisse échapper.

---

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I. — **Pyelonéphrite suppurée gauche pour salpingite.**

*(Personnelle)*

Mme Ch. est envoyée à l'hôpital pour des troubles que son médecin rattache à une affection rénale.

Après un accouchement à terme en 1902, la malade eut une fausse couche de trois mois en mars 1903. A la suite survient une fièvre assez intense. L'examen montre la nécessité d'un curettage. La fièvre continue et on assiste à l'évolution d'une grosse collection purulente qui fut ouverte par laparotomie médiane sans qu'il ait été possible d'en trouver l'origine. La convalescence dure deux mois et dès ce moment la malade ressent des douleurs assez vives mal localisées dans le flanc gauche. De plus, à cette époque (mars 1904), le médecin traitant remarque de temps en temps la présence de pus dans l'urine.

En présence d'un état stationnaire on décide à l'insu du médecin d'envoyer la malade à Paris dans un service de Chirurgie où, d'après la localisation des douleurs, on fait le diagnostic de salpingite et une opération est décidée. On enlève un ovaire kystique, on remarque que l'appendice est sain.

Depuis ce temps, les douleurs persistent avec la même intensité, on note des crises de pyurie, on sent nettement de l'empâtement dans la fosse lombaire; sous l'influence d'un traitement par l'arrhéol, la malade évacue un bouchon calcifié ayant la forme du bassin.

C'est sur ces entrefaites qu'elle arrive à l'hôpital, 22 janvier 1905. Le rein gauche est énorme et douloureux. Pyurie très notable. Point para-ombilical, point sus-pubien, point urétéral inférieur. Par le toucher vaginal, on sent l'uretère qui roule sous le doigt.

Tous symptômes qui suffirent pour porter le diagnostic de pyélonéphrite gauche. Ce diagnostic est confirmé par la séparation. Tandis que du côté droit s'écoule une urine d'apparence normale, du côté gauche il sort quelques gouttes de pus.

L'épreuve du bleu nous montre qu'il passe déjà nettement dans le second verre, c'est-à-dire au bout d'une heure.

Par conséquent la nephrectomie est décidée.

Analyse d'urine : densité 1.019, urée 15, diurique 0.42, phosphate 2 gr. 40, chlorures 3.29, albumine 0.63, pas de sucre.

Nephrectomie par voie lombaire le 1<sup>er</sup> juillet. Avant l'opération, on palpe le rein et c'est à peine si le pôle inférieur peut être senti.

Le rein est presque complètement détruit et caséeux ; l'uretère est également malade, on ne peut l'enlever en entier.

Les suites opératoires sont simples, la malade quitta l'hôpital 20 jours après l'opération, elle ne sent plus aucune douleur et elle a déjà augmenté de poids et repris de l'embonpoint.

OBSERVATION II. — **Pyélonéphrite droite bacillaire  
opérée pour salpingite**

*due à l'obligeance de M. BAZY*

Mme B., 46 ans, vient consulter M. Bazy pour des troubles urinaires, 25 novembre 1904.

Elle fut opérée en 1893 d'une fistule à l'anus.

En 1898, ablation d'annexes ; la malade ne fut passondée.

En pressant la malade de questions, on finit par reconnaître qu'elle a les urines troubles depuis 15 ans. De temps en temps elle souffre des reins.

Elle a des crises très douloureuses qui sont calmées en une ou deux heures par les boissons chaudes. A la suite de ces crises l'urine devient un peu rose ou vermillon. Récemment, on a pu constater une légère hématurie.

La malade ne souffre de la vessie que depuis 18 mois ou 2 ans.

Elle urine plus souvent depuis un an. Toutes les deux heures le jour et au moins autant la nuit.

De cet interrogatoire, il paraît résulter que l'ablation des annexes fut pratiquée à la suite d'une erreur de diagnostic. En

effet, les phénomènes douloureux existaient avant l'opération ; ce sont eux qui paraissent l'avoir déterminé, du reste, ils n'ont fait qu'augmenter dans la suite.

*Examen.* — Douleur para-ombilicale droite.

Douleur lombaire droite.

Pas d'hypermégalie rénale

Rien à gauche.

Toucher vaginal. — Col vésical indolore.

Urètre droit gros et dur (sensation analogue à celle fournie par un porte-plume). La douleur est surtout à l'orifice.

Urine trouble un peu laiteuse.

Diagnostic : pyélo-néphrite probablement tuberculeuse.

Analyse d'urine :

|                            |        |           |   |
|----------------------------|--------|-----------|---|
| Volume ?                   |        | Albumines | 0 |
| Réaction franchement acide |        | Glycose   | 0 |
| Densité                    | 1013   | Bile      | 0 |
| Acide phosphorique         | 1,22   | Urobiline | 0 |
| Urée                       | 13,845 | Indican   | 0 |
| Acide urique               | 0,567  |           |   |

Abondance d'un dépôt purulent presque exclusivement leucocytaire (Polynucléaires) sans microbes.

L'inoculation fut positive.

16 décembre. — Cystoscopie. Vessie rouge. Orifices urétéraux paraissent à peu près sains près de l'orifice droit une saillie papillomateuse, pas d'ulcérations. Epreuve du bleu, urine vert pâle au 4<sup>e</sup> verre.

17 décembre. — Séparation (appareil Cathelin), très douloureuse, 2 cc. à gauche, rien à droite. A la fin de l'opération il reste beaucoup d'urine dans la vessie.

L'opération jugée impossible, la malade fut soumise, mais sans succès, à un traitement médical.

Les cinq observations qui suivent sont tirées du travail de M. Bazy.

(Des pseudo inflammations des voies urinaires, Annales des maladies des organes genito urinaires 1899).

OBSERVATION III. — **Fausse pyélite. — Splénomégalie**

Madame N .., 35 ans, vient consulter pour une pyonéphrose avec évacuation intermittente.

A la suite d'une grippe, apparut une tuméfaction dans le flanc gauche, de la fièvre avec exacerbation, des douleurs rénales spontanées exagérées à la pression. Les urines sont troubles par intermittence.

A l'examen, le trouble de l'urine disparaît par l'acide nitrique, on élimine le diagnostic d'hydronéphrose et celui de splénomégalie à cause de la forme et de la situation de la tumeur.

Laparotomie exploratrice (ce qui montre bien que le diagnostic rein infecté était complètement éliminé) on tombe sur une rate énorme.

La malade meurt trois jours après l'intervention.

L'examen du sang n'a pas été fait, mais M. Bazy, en comparant avec une observation récente, se demande s'il n'était pas en présence d'une leucémique.

OBSERVATION IV. — **Fausse pyélite. — Splénomégalie**

Mme X., 35 ans, d'apparence bien portante, vient consulter avec le diagnostic de pyonéphrose intermittente.

Douleurs intermittentes dans le flanc gauche, urines d'aspect purulent intermittent aussi, tumeur dans le flanc gauche.

A l'examen : douleur concordant avec le trouble de l'urine, hypertrophie de la rate envahissant l'abdomen en avant mais donnant le contact lombaire et le ballonnement.

Cependant on peut constater la présence d'un bord tranchant avec échancrure et l'absence d'intestin au-devant de la tumeur.

L'urine est trouble, le dépôt abondant se fait immédiatement, de nombreux filaments glaireux nagent. Le tout disparaît par l'acide nitrique.

OBSERVATION V. — **Fausse pyélite. — Appendicite**

Léon D., 24 ans, 36, salle Cloquet, à Saint-Louis, entre avec le diagnostic d'appendicite justifié par l'apparition subite de douleurs abdominales vives avec vomissements. 4 jours après, localisation dans le flanc droit où l'on constate l'existence d'une tuméfaction avec sensation de déplacement comme s'il se fût agi d'une tumeur du rein. Avec cela, état général mauvais, température 39, urines claires.

8 jours après le début, débâcle ; plus de fièvre, plus de douleurs, émission d'urines troubles abondantes avec un dépôt qu'on présente comme du pus à l'examen ; ce sont des sels, il n'y a pas de leucocytes.

OBSERVATION V bis. — **Fausse pyélite d'origine traumatique**

M. X., 30 ans, envoyé pour une pyélite d'origine traumatique, urine trouble d'une façon intermittente, douleur spontanée et provoquée à la région rénale. Le malade, à la suite d'une chute, avait fait une hématurie.

À l'examen, douleur réveillée par la pression, mais mal délimitée. Jamais la douleur n'avait coïncidé avec des urines claires.

OBSERVATION V ter. — **Fausse pyélite**

Mme N., envoyée d'Egypte pour subir une opération pour pyélo-néphrite.

Urine trouble et douleurs rénales.

Palpation sans action sur la douleur, rein non perceptible, coexistence des douleurs et du trouble de l'urine.

OBSERVATION VI. — **Pyo-néphrose opérée probablement pour appendicite**

(In thèse Gosset)

Br.. Octavie entre à Necker dans le service du professeur Guyon.

En septembre 1898 elle a été prise brusquement de vomissements qui ont persisté depuis le soir jusqu'au lendemain midi.

La malade ressentait de violentes douleurs dans la région rénale droite. Elle constata alors une tuméfaction dans le côté droit de l'abdomen. L'apparition de cette tumeur a eu lieu brusquement, son accroissement a été très rapide. La malade croit se souvenir que ses urines furent à cette époque très épaisses et même purulentes, jamais hématuriques.

A ce moment, elle fut opérée. On constate une cicatrice longitudinale à droite de la ligne médiane.

D'après la situation de cette cicatrice, il est très probable que le diagnostic d'appendicite fut porté.

La malade venait pour une fistule persistant au niveau de cette cicatrice.

OBSERVATION VII. — **Uropyo-néphrose à marche aiguë.** — Mignon

(Société de Chirurgie, 1904)

Th., âgé de 22 ans, faisait depuis huit mois régulièrement son service militaire et n'avait jamais été malade, lorsqu'il a commencé à ressentir, le 22 juillet 1902, quelques petites douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite, douleurs qui revenaient chaque soir après le diner. Le malaise était si léger que Th. ne jugea pas à propos de se présenter au médecin de son corps.

Le 27 août, la douleur devint subitement très aiguë, au point que le malade s'évanouit en allant aux cabinets. Ce fut le début d'un ensemble de symptômes qui vont faire mettre en cause l'appendice : douleurs spontanées vives au-dessus de l'arcade crurale droite ; voussure iliaque ; défense marquée de la paroi abdominale au moindre contact des téguments ; température oscillant entre 39 et 40 degrés ; pas de vomissements ni de diarrhée. *Rien de particulier du côté des urines.*

Le 1<sup>er</sup> septembre, le médecin traitant constate que la tuméfaction s'étend à tout le côté droit de l'abdomen. Il fait l'incision classique de l'abcès appendiculaire, et n'explore pas la cavité de la poche purulente : il se borne à la drainer.

L'écoulement n'a pas été très abondant pendant les cinq premiers jours ; mais sa quantité devint tellement grande dans la suite que le malade était « noyé dans son lit », suivant son expression. Il fallait changer les alèzes plusieurs fois par jour.

Le 10 octobre, une odeur particulière du pansement fit soupçonner la présence de l'urine dans la sécrétion purulente et une analyse chimique confirma cette prévision. On draina alors la plaie abdominale avec un tube assez long pour recueillir dans un vase le liquide secrété.

Th.. resta ainsi dans l'hôpital de province où il avait été opéré jusqu'au milieu du mois de mars 1903.

Il entra alors au Val-de-Grâce. Son état général était satisfaisant, encore qu'il eût l'apparence d'un convalescent : figure pâle, traits étirés, corps amaigri. Mais pas de fièvre, bon appétit et bon sommeil.

Il était porteur en permanence d'un long tube à drainage plongeant dans l'abdomen à hauteur de l'ombilic, sur le bord externe du muscle grand droit du côté droit et par où s'écoulait dans un urinal de l'urine trouble.

Le bulletin d'évacuation du malade mentionnait que la fistule urinaire abdominale était consécutive à une lésion de l'uretère survenue au cours d'une péritonite appendiculaire.

L'opération pratiquée démontre que la fistule venait du rein lui-même au niveau d'une poche d'où diagnostic hydro-néphrose infectée secondairement.

OBSERVATION VIII. — **Hydropyonephrose à forme sumeugue, laparotomie, nephrectomie secondaire**  
**Difficultés du diagnostic**

*Mauny de Saintes. Congrès chirurgical (1896). — Résumé*

Jeune fille, 21 ans, ventre énorme, uniformément distendu et douloureux, 40°, pouls petit, fréquents vomissements bilieux, fausse grippe. Phénomènes apparus en 24 heures. Rien d'anormal à la zone génitale.

Ni pus, ni sang dans les urines, pas d'antécédents urinaires (péritonite supprimée). Laparotomie, collection liquide, en arrière

du péritoine. Ponction, isolement, ouverture, exploration, cavité formée aux dépens du rein gauche.

Drainage, fistule urinaire, fonctionnement normal du rein droit, alors **nephrectomie** secondaire.

OBSERVATION IX. — **Douleur**

(*Routier, Société Chirurgie, 11 mars 1896*)

Homme, 37 ans, glacier, entré comme phtisique en médecine. Passe en chirurgie pour une grosseur du ventre.

Etat cachectique, malgré le début récent de l'affection. 5 semaines avant, les troubles ont débuté en plein travail, par des douleurs dans l'hypochondre gauche.

Il existe une tuméfaction dans l'hypochondre gauche, dépassant la ligne médiane, allant de l'ombilic au pubis. Les limites en sont diffuses, la matité franche et la fluctuation douteuse. La tumeur était soulevée par des battements artériels, mais ne montrait ni expansion, ni souffle.

L'examen des reins pratiqué avec soin resta négatif, on ne pouvait les sentir ni à droite, ni à gauche.

Jamais le malade n'avait eu de troubles vesicaux, ni d'infection urethrale, cependant son urine conservée dans un bocal laissait déposer du pus.

On n'attacha que peu d'importance à ce symptôme, parce qu'après avoir cherché par la palpation du côté des reins, on ne put rien sentir et parce que le malade ne se plaignait aucunement de ces régions et n'avait jamais eu à se plaindre des voies urinaires.

L'opération (laparotomie) démontra la présence d'une pyonéphrose gauche qui fut drainée et nécessita une **nephrectomie** secondaire.

OBSERVATION X. — **Pyonéphrose d'un rein ectopié**

(*Dartigues, Presse médicale, juin 1898*)

Femme âgée de cinquante-cinq ans, caissière, entrée le 4 août dans le service de M. Picqué (hôpital Dubois).

ANTECÉDENTS. — *Comme antécédents héréditaires, mère*

agée de quatre-vingt-quatre ans. Pas de tumeur chez aucun de ses parents.

*Comme antécédents personnels*, fièvre typhoïde à l'âge de huit ans. A l'âge de quinze ans, apparition d'une « tumeur au milieu des intestins », aurait dit Marjolin, qui l'examina ; cependant, cette tumeur paraît avoir d'abord siégé à droite puisque c'est dans cette région que se trouvaient des traces de cautères et d'incisions. La malade serait restée cinq ans au lit pour cette affection siégeant dans le flanc droit.

Réglée très tardivement, à vingt-quatre ans, et depuis, d'une façon régulière, mais peu abondante. Elle n'a pas eu de ménorragies ni de métrorragies. Six grossesses sans aucune particularité. Pas de dystocie. Pas de fausses couches.

*Etat actuel.* — Bien portante, il y a quinze jours. A ce moment, une douleur se manifeste dans le flanc droit, au niveau de la région atteinte trente-cinq ans auparavant et qui nécessita son séjour au lit pendant cinq ans. Cette douleur s'accroît et devient de plus en plus vive.

Parallèlement, apparition d'une tumeur au même endroit, tumeur qui grossit en même temps que les douleurs s'accusent de plus en plus. Constipation accentuée, mais pas absolue.

Vomissements abondants et répétés, qui ont été même véritables à un moment donné, vomissements qui cessent le matin du jour où la malade est entrée dans le service de M. Picqué.

Oligurie, pas anurie complète, pendant les deux premiers jours où la malade a commencé à souffrir.

La malade n'a eu aucun trouble du côté de l'appareil biliaire ni coliques hépatiques, ni urticaire, ni ictère, cependant, dégoût assez accusé pour les matières grasses.

Du côté de l'appareil urinaire, pas de colique néphritique antérieure, pas de symptômes d'hydronéphrose intermittente, pas d'hématuries.

Rien du côté du tube digestif, du système génital. Rien au poumon et au cœur.

*Examen physique.* — Inspection. Paroi abdominale soulevée nettement au niveau du flanc droit, voussure nettement appréciable au niveau d'anciennes cicatrices de cautère déjà mentionnées. A la lumière oblique, cette saillie s'élève et

s'abaisse avec les mouvements du diaphragme ; son bord inférieur paraît être à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope. Pas de rougeur de la peau.

Palpation : Tumeur nettement appréciable, du volume des deux poings, lisse, arrondie, nettement fluctuante, bien limitée. La tumeur glisse sous la paroi abdominale, elle est mobile légèrement de bas en haut et un peu transversalement ; en haut, elle paraît se continuer avec le foie. Pas de pulsations. Le reste de l'abdomen est très souple.

Percussion. Matité au niveau de cette tumeur, qui en haut se continue avec celle du foie abaissé ; mais, la portion comprise entre la partie la plus nettement perceptible de la tumeur, et le foie, c'est-à-dire la zone de l'hypocondre, est plutôt submate. Il existe une zone de sonorité entre l'arcade de Fallope, et le fond de la tumeur. Pas d'ascite.

• Toucher vaginal. Col utérin presque disparu, utérus en rétroversion. La tumeur, en pressant sur l'adomen, ne descend pas au contact du doigt vaginal. La manœuvre inverse, le soulèvement en haut de la tumeur, n'arrive pas à faire bouger l'utérus par traction du ligament large droit, où la tumeur pourrait avoir des connexions. Donc, indépendance de la tumeur examinée, avec l'appareil génital annexiel en particulier.

Toucher rectal : confirme les données du toucher vaginal et les précise, en même temps qu'il fait constater l'absence de lésions du côté du rectum.

Au moment où la malade est examinée, elle a un grand frisson qui dure depuis plusieurs heures, un pouls petit, filiforme, une température de 39°. Quoique constipée elle rend des gaz. Les vomissements ont cessé depuis le matin. Examen fait à 11 heures du soir ; l'intervention urgente est remise au lendemain matin, où l'examen physique est repris, et où l'on observe seulement, comme changement, une matité moindre au niveau de la tumeur ; il semble que les intestins soient au-devant d'elle.

On porte le diagnostic de kyste-hydatique suppuré du foie, après avoir éliminé la cholécystite suppurée, le kyste de l'ovaire à pédicule tordu, *l'hydronéphrose dans un rein mobile* et le kyste du mésentère.

L'examen des pièces après l'opération montre qu'on est en présence d'une poche suppurée d'origine rénale.

#### OBSERVATION XI

*Due à Roland. Tribune médicale (30 avril 1904)*

#### **Diagnostic entre pyelonephrite droite, appendicite et salpingite**

Rachel M., 30 ans, ménagère, ressent, le 8 mars 1904, des douleurs violentes dans le ventre. Elle n'y attache aucune importance, car elle attendait ses règles.

Le 9, dans l'après-midi, elle est prise dans le côté droit de l'abdomen d'une douleur si vive qu'elle doit s'aliter. En même temps, la fièvre s'allume.

Le 10, fièvre, constipation, la douleur s'est un peu calmée, mais l'abdomen reste sensible du côté droit.

Le 11, ventre toujours douloureux, fièvre. Un vomissement dans la matinée. Un médecin de la ville examine la malade, fait le toucher vaginal et porte le diagnostic de salpingite droite. C'est avec ce diagnostic de poussée aigue de salpingite droite que la malade entre à l'hôpital, le soir même à 9 heures.

Dès son entrée, salle Huguier, service du docteur Bazy, elle est vue par l'interne de garde. Le ventre est souple et douloureux dans toute son étendue. Il y a un maximum de douleurs à droite, mais sans localisation nette, au point de Mac Burney. La douleur est plutôt diffuse.

La défense musculaire est très sensible à droite.

La température est à 39°. Pouls 80. Etat général bon. Le toucher montre l'intégrité de l'appareil génital. Ces constatations et le fait du brusque début de la douleur dans la journée du 9 font porter immédiatement le diagnostic d'appendicite.

Le 12, M. Roland constate que le ventre est douloureux à droite, avec maximum de la douleur *un peu au-dessus* du point de Mac-Burney. La température est à 38°, le pouls à 70. Etat général très bon. Toucher vaginal négatif. On porte de nouveau le diagnostic d'appendicite.

On présente donc la malade à M. Bazy avec le diagnostic

d'appendicite. En palpant l'abdomen, M. Bazy est frappé par le peu de ballonnement du ventre. En outre le point le plus douloureux est à droite, et un peu au-dessus du point de Mac-Burney, comme l'a déjà remarqué M. Roland. Mais ce détail, auquel on avait attaché peu d'importance, passe pour M. Bazy au premier plan. Ce point douloureux, en effet, est situé exactement à l'entrecroisement d'une ligne horizontale passant par l'ombilic avec une ligne verticale passant par le point de Mac-Burney. C'est précisément le point parombilical dont l'importance est si grande pour le diagnostic des pyélonéphrites. On examine alors la malade dans ce sens.

Le cathétérisme fournit de l'urine très trouble, dont les dernières gouttes sont constituées exclusivement par du pus. Au bout d'un instant le verre dans lequel on a recueilli l'urine laisse déposer une grande quantité de pus. Le toucher vaginal montre que le bas-fonds de la vessie et la région du col sont absolument indolores : mais on sent l'uretère droit épaissi et gros comme un crayon. Cette partie de l'uretère est insensible : mais au point où l'uretère cesse de rouler sous le doigt, c'est-à-dire au point où il pénètre dans la vessie, on détermine une douleur exquise. A gauche on ne sent rien.

L'examen du rein droit, en dehors de la douleur para-ombilicale, est négatif. En raison de la défense de la paroi, il est impossible de se rendre compte des modifications de volume de la glande.

L'interrogatoire complémentaire de la malade permet enfin de reconstituer l'histoire de la maladie.

L'enfance de cette femme a été malade. Point pleurétique à droite, à 19 ans ; rhumes fréquents. Régulée à 12 ans, mariée à 23. Deux enfants bien portants, le dernier en 1901. Après le premier accouchement pertes jaunes, vertes, douleurs à la miction, douleurs en urinant.

Depuis le dernier accouchement, la malade avait des mictions beaucoup plus nombreuses qu'autrefois ; toutes les demi-heures le jour, toutes les deux à trois heures la nuit ; urines très troubles, véritables douleurs expulsives dans la vessie.

C'est dans cet état de crise urinaire que survint brusquement dans le flanc droit une douleur, avec vomissements et fièvre

assez intenses pour masquer les signes de pyélite et suggérer l'idée d'appendicite.

La malade est mise au régime lacté absolu. Pendant trois jours, la fièvre persiste au point de faire songer à une nephrotomie précoce. Mais le 16, la température est à 37. Dès le deuxième jour de repos, la défense musculaire tend à disparaître, puis la pyurie diminue.

Seule persiste la pollakiurie nocturne, car la malade urine 4 fois le jour et 4 fois la nuit.

OBSERVATION XII. — **Pyonephrose droite et obstruction intestinale**

*(Estrabaut in Soc. Anatomique)*

Malade de 53 ans, entre à Beaujon pour obstruction intestinale. Absence de selles et de gaz depuis 3 jours, douleurs dans le ventre, vomissements journaliers. A l'examen, ballonnement du ventre, distension du gros intestin, sonorité. Pouls bien frappé à 100. Température 40°. Toucher rectal négatif. La présence d'une cicatrice de vésicatoire sur la face antéro-latérale droite de l'abdomen attire l'attention de ce côté. Le malade raconte en effet qu'il a été pris quinze jours auparavant d'une douleur vive à ce moment, suivie de vomissements. Puis il a continué à travailler, mais a éprouvé à plusieurs reprises des frissons. La fosse iliaque droite sonore ne révèle pas de collection d'origine appendiculaire. Par contre, l'exploration bimanuelle de la région lombaire démontre une distension de la région et de la matité. Ponction, incision, etc.

OBSERVATION XIII. — *A rapprocher des faux urinaires.*

**Néphralgie (?) gauche.**

**Douleurs dans le flanc gauche  
regardées comme symptomatiques d'une rétention  
rénale liée à un fibrôme utérin.**

*Due à l'obligeance de M. le Docteur BAZY*

En juin dernier, je suis appelé par le docteur Pierre Gousset pour voir une religieuse âgée d'environ 35 ans qui avait des douleurs liées à un rein mobile gauche.

Je vois une femme assez maigre qui me raconte qu'elle a été opérée il y a un mois d'un fibrome de l'utérus auquel on avait rattaché l'existence de douleurs qu'elle avait dans le flanc gauche depuis 8 à 9 ans. Il y a 7 ans, en province, on avait diagnostiqué un rein mobile gauche, et on avait pensé que les douleurs qu'elle avait étaient vers la dépendance et le rein mobile.

Malgré les divers moyens qu'on avait essayés elle n'avait pas été soulagée, et elle était venue à Paris, où on avait constaté l'existence d'un fibrome de l'utérus dont on l'avait opérée.

Les suites avaient été normales, mais les douleurs avaient continué et c'est pour en connaître la cause qui paraissait particulièrement obscure que j'avais été appelé.

Tout d'abord, je suis frappé de deux faits ; 1° un rein mobile gauche ; 2° le caractère des douleurs.

1° Le rein mobile gauche sans mobilité rénale droite est rare même chez la femme ;

2° Les douleurs apparaissent sans motif, au lit aussi bien que dans la position verticale et dans la marche elles durent 4 ou 5 heures et procèdent par crises survenant aussi bien le matin que le soir ou même la nuit, elles occupent le flanc sans irradiation, elles ne causent pas de modifications des urines soit avant, soit pendant la crise, soit après.

La malade n'a jamais aperçu d'humeur dans son urine.

Il n'y a jamais eu de fièvre.

Quant à moi, je ne constate rien ; je suis très intrigué par ce caractère et je demande que l'on me donne des renseignements sur ce qui s'est passé avant et après l'opération et en même temps qu'on me garde de l'urine d'avant ou d'après la crise et, en même temps, je demande qu'on me fasse appeler au moment des douleurs.

Quelques jours après, je reviens et je trouve la malade souffrant, pas plus que la fois précédente, je ne trouve de tumeurs pas même de résistance de la paroi, où sincèrement, on n'avait rien trouvé du côté du rein avant l'opération, quoiqu'on eût admis qu'il pouvait y avoir de l'hydronéphrose due à la compression de l'uretère par le fibrome et que de ce fait il y avait une indication opératoire.

L'urine ne présentait rien d'anormal, j'explore alors la sen-

sibilité et je trouve des plaques d'anesthésie disséminées sur tout le corps.

Je n'hésite pas à considérer la douleur comme d'origine hystérique, et je conseille à mon vénérable confrère d'employer les moyens thérapeutiques habituels en pareil cas.

Je l'ai perdu de vue mais il faut croire que la thérapeutique a bien réussi puisque, quoique je ne sois l'auteur direct de la guérison, j'ai reçu à l'occasion du jour de l'an, la lettre suivante :

« Sr M..., de J.., envoie au docteur Bazy, avec son très reconnaissant souvenir ses meilleurs vœux d'heureuse année. Elle n'oublie pas celui que, dans sa famille, on appelle son sauveur. »

OBSERVATION XIV. — *A rapprocher des fuux-urinaires*

**Fausse pyélite, leucémie**

*Due à M. le docteur Laubry*

Madame X... est envoyée à M. Bazy comme pyelonephrite, rétention et augmentation considérable de volume du rein.

Urines troubles. Douleurs rénales qu'on arrive difficilement à localiser. Crises douloureuses passagères. Amaigrissement

A l'examen, grosse tumeur du flanc gauche, tombant dans la fosse lombaire, donnant le ballottement rénal. La percussion fait voir que la tumeur est immédiatement sous la paroi. On sent un bord tranchant.

Diagnostic splénomégalie, le trouble de l'urine disparaît par l'acide nitrique.

L'examen du sang montre 60.000 globules blancs, par conséquent leucémie. La malade est soumise au traitement par la radiothérapie.

OBSERVATION XV. — *Cette observation, tout en ne se rapportant pas à une lésion infectieuse, est très intéressante à rapprocher de nos Observations I et II.*

**Pyo-néphrose intermittente droite, dont les accès douloureux avaient été considérés comme étant d'origine annexielle. Ablation des annexes, persistance des douleurs. Disparition après l'urétéro pyélonéostomie.**

*Due à l'obligeance de M. le docteur Bazy*

Madame B. a commencé à souffrir du côté droit à l'âge de 18 ans.

Au début les douleurs duraient quelques instants, puis disparaissaient.

Elles revenaient assez souvent, et puis augmentaient de durée, une demi-heure, une heure, revenant tous les 8, 10, 15 jours, puis tous les mois.

Au fur et à mesure qu'elles augmentaient de durée, elles devenaient plus rares.

Au bout d'un certain temps, Madame B. remarqua qu'elle avait une grosseur dans le flanc droit.

Elle consulte un chirurgien qui diagnostique des lésions annexielles, et malgré la protestation que les douleurs étaient dans le flanc droit et non dans le bas-ventre, persiste dans son diagnostic et enlève les annexes.

Les douleurs reprennent toujours de la même façon, suivant cette progression déjà remarquée avant l'opération ; devenant plus violentes, plus longues, ou devenant plus rares.

Elles apparaissent sans cause connue ; une fois cependant elles ont apparu après une rétention volontaire d'urine dans la vessie, la malade avait conservé pendant plusieurs heures, sans pouvoir la satisfaire, à cause de l'endroit où elle se trouvait, une violente envie d'uriner.

Quant je la vois, elle avait dans le flanc droit une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, elle avait été prise 6 jours auparavant d'une violente douleur dans le flanc, qui d'abord légère avait peu à peu augmenté au point de devenir intolérable, en même temps qu'elle s'accompagnait de vomissements. Elle avait duré plus de 24 heures, puis s'était peu à

peu atténuée et s'était même transformée en une sensation de poids qu'elle avait encore.

Cette crise ressemblait à la dernière qu'elle avait eue six mois auparavant, et qui avait été suivie d'hématurie.

L'opération est décidée.

Le jour de son entrée à la maison de santé, la tumeur commence à diminuer et en 24 heures elle disparaît.

Ce jour-là, elle urine 1.800 c. cube, au lieu de 1.000, 1.100, 1.200 qu'elle urine d'habitude.

Le lendemain son urine est fortement teintée de sang, elle est très rouge et laisse déposer un coagulum au fond du vase.

Cette hématurie dura 12 jours, on l'opéra 3 jours après.

L'opération a été urétéro-pyélo-néostomie latérale, j'ai sectionné le bassin et l'uretère longitudinalement en face l'un de l'autre sur une étendue de 1 cent. 1/2.

Guérison sans incidents.

J'ai revu la malade ces jours derniers à l'occasion d'une opération que j'ai pratiquée à sa belle-mère.

Elle n'a plus eu de crises depuis ce moment, c'est-à-dire depuis plus d'un an et demi.

---

## CONCLUSIONS

Les lésions infectieuses du rein, d'ordre chirurgical, revêtent un grand nombre de formes cliniques.

Le diagnostic en est particulièrement délicat dans les formes à douleurs abdominales accompagnées ou non de tumeur et de phénomènes généraux.

Deux sortes d'erreurs peuvent se présenter :

1<sup>o</sup> Erreur par défaut ; on méconnaît une affection du rein et on attribue les symptômes à d'autres organes. Ce qui a pu entraîner des interventions intempestives.

2<sup>o</sup> Erreur par excès : on diagnostique une affection du rein qui n'existe pas (fausses pyélites).

Ces erreurs s'expliquent par ce fait que les signes classiques sont souvent insuffisants pour poser un diagnostic exact et précis.

Actuellement les perfectionnements de la technique chirurgicale ont conduit à rechercher des signes des lésions rénales au début, c'est-à-dire à une période où l'intervention peut être pratiquée avec toutes chances de succès.

C'est par l'examen méthodique de tout l'appareil urinaire, en particulier la recherche des points douloureux para-ombilical, sous-costal et urétéral inférieur des réflexes pyélo et urétéro-vésicaux, l'étude minutieuse des troubles fonctionnels, polyurie, polla-

kiurie nocturne, qu'on arrive à reconnaître et à localiser une lésion rénale. Aussi est-ce grâce à ces signes que l'on peut parvenir à éviter, dans le plus grand nombre des cas, des erreurs préjudiciables comme celles que nous signalons.

Les examens microscopiques, les explorations expérimentales sont de précieux moyens *de contrôle*, mais en aucun cas ils ne doivent se substituer à l'examen clinique.

Il faut cependant faire une réserve pour les cas d'hydro-néphroses infectées dans lesquels le diagnostic peut difficilement être posé sans le catéthérisme ou la séparation.

---

Vu : *le Doyen*,  
DEBOVE.

Vu : *le Président*,  
GUYÓN.

Vu et permis d'imprimer,  
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris*,  
LIARD.

## BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Le rein des urinaires. Th. Paris, 1889.  
Art. Exploration du rein. Pyélonéphrites, uretérites  
in *Traité de chirurgie*. Le Dentu-Delbet, VIII.  
Exploration des fonctions rénales, 1905.
- APERT et MILLON. — Pyélonéphrite purulente. Ulcérations intestinales de la terminaison de l'iléon (Société anatomique, 26 mai 1899).
- AUVRAY. — Diagnostic de l'appendicite.
- BAZY. — Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires (Th. Paris, 1880).
- Diagnostic des lésions dites chirurgicales du rein (Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1898).
  - Des pseudo-inflammations des voies urinaires. (Annales des maladies des organes génito-urinaires 1899).
  - Du réflexe uretéro-vésical et pyelo-vésical et du signe de Bouchard en pathologie rénale (Presse médicale, 20 avril 1901).
  - Du diagnostic de la pyélite et de la pyelo-néphrite simple et tuberculeuse (Presse médicale, 30 décembre 1903, p. 893).
  - Maladies des voies urinaires (4 volumes de la collection Léauté).
  - Diagnostic des lésions chirurgicales des reins (Journal des Praticiens, 30 septembre 1905).
  - De l'albuminurie premonitoire dans le tube rénal (Société de chirurgie, 29 mars 1905).
- CATHALA. — Pathogénie et étude clinique de la pyélonéphrite gravidique (Th. Paris, 1904).

- CHAUFFARD. — Mal des reins (in *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*, art. *Pyélonéphrites*, p. 649, *néphrites des tuberculeux*, p. 776).
- CHEVALLIER. — Les pollakiuries uriques (*Association française d'urologie*, 1899).
- DESCHAMPS. — Diagnostic des affections chirurgicales du rein (Th. Paris, 1905).
- DIEULAFOY. — Maladies du rein (in *Manuel de médecine*).
- ESTRABAUT. — Th. Paris, 1899. Les faux urinaires.  
Pyélonéphrite et obstruction intestinale (*Société anatomique* avril 1899).
- GLANTENAY. — Chirurgie de l'uretère.
- GLANTENAY et GOSSET. — Art. Rein, Bassinet, Uretère (in *Anat. de Poirier, Charpy*, tome V).
- GLÉNARD. — Province médicale, 1887.
- GOSSET. — Th. Paris, 1899.
- GUÉPIN. — Diagnostic des fausses cystites (*Académie de médecine*, 28 janvier 1902).
- GUIARD. — Th. Paris, 1884.
- GUINARD. — L'Appendicéalgie (*Société chirurgicale*, 20 janvier 1904 et séances suivantes).
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.
- HALLÉ. — Uretérites et Pyelites (Th. Paris, 1887).
- HARTMANN. — Société chirurgicale, 28 novembre 1899).
- ISRAEL. — Chirurgie du rein et de l'uretère (Traduction Guillelmoz-Rodriguez).  
*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1893, n° 27, 1887, n° 78).
- JUY. — Thèse, Paris, 1905.
- KELLY. — American Gynecologic Society (18 nov. 1889).
- LE DENTU. — Traité des affections chirurgie des reins, des uretères et des capsules surrénales.
- LEGUEU. — Des formes communes de la tuberculose rénale (*Annales des maladies des organes génito-urinaires* Juin 1899).

- LEGUEU. — Calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical (Th. Paris, 1880).
- La pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité (Congrès d'Obstétr. et de Gynécologie. Rouen, 1904).
- LOUMAIGNE. — Thèse, Paris, 1905.
- LOUMEAU. — Annales des maladies des org. génito-urinaires, 1900, p. 49).
- MANN. — Journal of American Sciences, 1894, p. 133.
- MIGNON. — Société chirurgicale, 27 janvier 1904.
- MONTSARRAT. — Liverpool medical Institution (15 décembre 1901).
- MORRIS. — Surgical diseases of the Kidney, 1901.
- NEWMANN. — Glasgow Medical Journal (Vol, LXVII, n° 3, p. 2070).
- NICOLITH (de Trieste). — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1902.
- PEASLEE. — On Ovarium Tumours, New-York, 1875, p. 158.
- PISENTI. — Centralblatt for allgem. Pathol., 23 juillet 1893.
- POUSSON. — Tuberculose rénale (Société chirurgie, 4 août 1900).
- RAFIN. — Lyon médical (19 et 26 mars 1905). Travaux cliniques de chirurgie urinaire, 1902-1904.
- RAYER. — Traité des maladies des reins.
- REYNOLDS. — Some aspects of uretéritis in women (American Journal of Obstetric, juillet 1896).
- REYNIER. — Soc. de chir., 4 avril 1901.
- ROBIN. — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.
- ROCHARD. — De la pyélonéphrite gravidique (Presse médicale, 16 novembre 1904).
- ROLAND. — Tribune médicale, 30 avril 1904.
- ROUSSEAU. — Thèse de Paris, 1893.
- SAUVAIN. — Th. Paris, 1899.
- SCHWAB. — Société d'Obstétrique de Paris, 19 janvier 1905.
- SPIEGELBÉRY. — Arch. für Gynækologie. Bd, I, 146, 1861.

TOURNEUR. — Th. Paris, 1886.

TUFFIER. — In Traité de chir. Duplay-Reclus. VII, art. Ure-  
térites et périuretérites, pyelonéphrites ; tuberculose  
du rein.

Les pseudo-coliques néphrétiques (Semaine médicale,  
1893, p. 481).

Annales des maladies des organes génito-urinaires  
(1899, p. 1088).

ULTZMANN. — De la pyurie et de son traitement (Progrès mé-  
dical, 1884).

WALCOTT. — Stoddard Medical and Surgical Reporter (Philad.  
.126, 1861).

---

## TABLE DES MATIÈRES

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Avant-Propos . . . . .                   | 9  |
| Formes cliniques . . . . .               | 11 |
| Etude des symptômes classiques . . . . . | 21 |
| Analyse des observations. . . . .        | 25 |
| Examen clinique . . . . .                | 32 |
| a) Erreur par excès . . . . .            | 32 |
| b) Erreurs par défaut. . . . .           | 35 |
| Conclusion . . . . .                     | 62 |
| Bibliographie . . . . .                  | 64 |

---